



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA

***PREVALENCIA DE TRASTORNOS CONDUCTUALES Y FACTORES
ASOCIADOS EN LOS NIÑOS/AS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE
PEDIATRÍA HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO CUENCA 2014***

Tesis previa a la obtención del título de Especialista en Pediatría

Autor: **César Francisco Patiño Rocha**

Director: Dr. Paúl Escalante Canto

Asesor: Dr. Luis Pablo Cordero Gulá

Cuenca – Ecuador

Enero 2016



RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de trastornos conductuales y los factores asociados en la los niños del servicio de pediatría del HVCM, Durante el año 2014

Metodología: Diseño analítico transversal, con identificación de factores asociados, muestra aleatoria estratificada (15% de frecuencia, 95% de confianza, efecto de diseño de 1, precisión del 4% N=307). Datos recolectados con escala de CDQ cas para cuidadores, test de APGAR familiar. Los datos fueron tabulados y analizados en el SPSS.15.

Resultados: 307 pacientes, 56% sexo masculino y 44% sexo femenino. Edad más frecuente 6 años (28,3%), 7 años (20%) con una media de 7,77. Al 80,8% se realizó exámenes de imagen Rx (64,9%) Ecografía 19%.En cuanto a los días de hospitalización: 1 a 3 días (53,7%), 4 a 7 días (44,6%), media de 3,65 días. El 67,4% tiene como cuidador a la Madre. En cuando a la valoración de la conducta: Normal40%, Límite 22% y Anormal 37,5%. El 64% son familias Nucleares, 33,8% son familias disfuncionales (1 de cada 3 familias)

Los niños sometidos a estudios de imágenes presentan 2,8 veces más posibilidades de trastornos conductuales con significancia estadística y Chi cuadrado de 13,35. Los niños hospitalizados más de 3 días (68,3%) tienen 1,9 veces más riesgo de trastornos conductuales con significancia estadística y chi cuadrado de 7,71. Las familias disfuncionales tienen 5,3 veces más riesgo de presentar trastornos conductuales con significancia estadística y chi cuadrado de 34,82. En relación a la edad, el sexo, el tipo de cuidador, tipo de familia no se encuentra significancia estadística.

Palabras claves (DeCS): conducta infantil; características de la población, estancia hospitalaria, funcionalidad familia, imágenes.



ABSTRACT

Objective: This study determined the prevalence of behavioral disorders and associated factors in children HVCM pediatric service, during 2014.

Methodology: Analytical Transversal, identifying associated factors stratified random sample (15% frequently, 95% confidence design effect of 1, accuracy of 4% N = 307). Data collected with CDQ cas scale for caregivers, family APGAR test. The data were tabulated and analyzed in the SPSS.15.

Results: 307 patients, 56% male and 44% female. Most frequent age 6 years (28.3%), 7 years (20%) with an average of 7.77. To 80.8% Rx imaging examinations (64.9%) 19% Ultrasound was performed. As hospital days 1 to 3 days (53.7%), 4 to 7 days (44.6%), average of 3.65 days. 67.4% have a caregiver to Mother. As for the assessment of behavior: 40% Normal, Limit 22% and Abnormal 37.5%. As for the type of family Nuclear family 64%. 33.8% of families are dysfunctional families (1 in 3 families)

The imaging studies has 2.8 times more likely to behavioral disorders and statistically significant Chi Square 13.35. Children hospitalized over 3 days (68.3%) have 1.9 times the risk of behavioral disorders and chi square statistical significance of 7.71. Dysfunctional families are 5.3 times more risk of developing behavioral disorders with statistical significance and chi square 34.82. In relation to age, sex, type of caregiver, family type is not statistically significant.

Key words (DeCS): child behavior; population characteristics, hospital stay, functional family Imaging studies.



ÍNDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT	3
ÍNDICE	4
RESPONSABILIDAD	7
AGRADECIMIENTO	9
A. INTRODUCCIÓN.....	11
B. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
C. JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS	13
D. FUNDAMENTO TEÓRICO.....	15
D.1 Estado Emocional del niño durante la Hospitalización	18
D.1.1 Depresión Anaclítica y Hospitalismo:.....	18
D.1.3 Trastorno de la conducta DSM V ⁽¹⁵⁾	22
D.2. Factores Asociados a la Alteración conductual en el niño Hospitalizado.....	23
D.2.1 Concepto de Resiliencia.....	24
D.2.2 Instrumento de Valoración del Estado Conductual	25
D.3.- Estructura Familiar.....	27
D.4- Funcionalidad familiar	28
E.- Hipótesis	29
F.- Objetivo/s de la investigación	29
F.1.- Objetivos específicos:	29
G.- Métodos y técnicas:	29
G.1.- Definición y operacionalización de las variables:	29
G.2.- Universo	31
G.3.- Muestra	31
G.4.- Asignación de los pacientes al estudio.	31
G.5.- Criterios de Inclusión	32
G.6.- Criterios de exclusión	32



G.7.- Procedimientos de recolección de la información e instrumentos a utilizar	32
G.8.- Aspectos para garantizar los aspectos éticos.	33
G.9.- Plan de análisis	33
H. RESULTADOS	34
H.1 FASE DESCRIPTIVA.....	34
H.1.1 Características demográficas	34
H.1.2 Procedimientos diagnósticos.....	35
H.1.2.1 Tipo de imagen realizada.....	35
H.1.3 Días de hospitalización.....	36
H.1.4 Tipo de cuidador.....	36
H.1.5 Dificultades de conducta	37
H.1.6 Componentes de SDQ	37
H.1.6.1 Problemas emocionales.....	37
H.1.6.2 Problemas de Conducta.....	38
H.1.6.3 Problemas de hiperactividad	38
H.1.6.4 Conducta prosocial	39
H.1.6.5 Problemas con los compañeros	39
H.1.7 Tipo de familia.....	40
H.1.8 Funcionalidad familiar.....	40
H.2 FASE ANALÍTICA.....	41
H.2.1 Edad.....	41
H.2.2 Sexo.....	42
H.2.3 Imágenes realizadas	42
H.2.4 Días de hospitalización.....	43
H.2.5 Tipo de cuidador.....	43
H.2.6 Tipo de familia.....	44
H.2.7 Funcionalidad familiar.....	44
I. DISCUSIÓN.....	45



J. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	48
J.1 CONCLUSIONES.....	48
J.2 RECOMENDACIONES.....	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
ANEXOS.....	55

RESPONSABILIDAD



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

César Francisco Patiño Rocha, autor de la tesis "PREVALENCIA DE TRASTORNOS CONDUCTUALES Y FACTORES ASOCIADOS EN LOS NIÑOS/AS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO CUENCA 2014", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Especialista en Pediatría. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, enero de 2016



César Francisco Patiño Rocha
C.I: 0103344420



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

César Francisco Patiño Rocha, autor de la tesis "PREVALENCIA DE TRASTORNOS CONDUCTUALES Y FACTORES ASOCIADOS EN LOS NIÑOS/AS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO CUENCA 2014", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, enero de 2016



César Francisco Patiño Rocha
C.I: 0103344420



AGRADECIMIENTO

A los niños que me permitieron realizar esta investigación así como a sus representantes legales. A mi esposa y mi hijo que han sabido comprender el tiempo que no he podido compartir con ellos por razón de mis estudios. A todas las personas que colaboraron con la realización de este trabajo, de manera especial a la Dra. Lourdes Huiracocha, quien colaboró con la elección y el planteamiento de este protocolo de investigación.



DEDICATORIA

A todos los niños que en algún momento de mi carrera he tenido la oportunidad de ayudar a recuperarse en algún quebranto en su salud y sobre todo a aquellos que Dios decidió llevarlos a su lado.

A mi Esposa, compañera y amiga María Paz, tu apoyo incondicional ha sido fundamental para seguir cosechando éxitos. A mi hijo Eduardo Francisco, gracias a tí he aprendido más sobre el fascinante mundo de la pediatría. A mis Padres María Elena y César Vicente, todos mis logros no son más que frutos de la semilla que ustedes han sembrado en mí. A mis hermanos y amigos María Gabriela y Pablo Sebastián, su presencia en mi vida ha sido motivo de alegría y de hermosas y nostálgicas vivencias.



A. INTRODUCCIÓN

La hospitalización de un niño, por cualquier motivo, siempre se constituye en un evento traumático para él/ella y su núcleo familiar. Los hospitales; en la mayoría de ocasiones, no son el mejor ambiente para un niño enfermo, sobre todo en países como el nuestro donde las dificultades económicas, el difícil acceso a la salud y la falta de especialistas, no permiten un ambiente adecuado para los pequeños pacientes. La pediatría es una de las especialidades médicas que requiere además de conocimientos específicos, características especiales en el personal de Salud para manejar y tratar a éstos pequeños pacientes.

Las Enfermedades y la hospitalización generan mayor incertidumbre en las primeras etapas del desarrollo infantil, provocando miedo y temor, principalmente al dolor, a lo desconocido, a la separación de los padres, a quedar solos, abandonados y sin cariño, afecto, cuidados y amor, factores que afectan directamente a la recuperación de la salud de los pacientes.

Existen diversos estudios en los que se demuestra que el 30% de los niños hospitalizados presentan síntomas de ansiedad o depresión durante la estancia hospitalaria, se ha observado también que estos síntomas son de carácter reversible, siempre y cuando exista apoyo adecuado tanto familiar como del persona de salud.(1)

En la mayoría de los casos un buen estado emocional en el cual se ve involucrado un ambiente favorable ejerce un efecto positivo en la recuperación de los niños/niñas hospitalizados.

Este trabajo a través de una investigación analítica transversal determinó la prevalencia del 37,7% de trastornos conductuales en 307 niños y niñas de entre 6 y 10 años, hospitalizados en el Hospital Vicente Corral Moscoso durante el 2014, No se encontró significancia estadística en relación con el sexo de los paciente. En cuanto a la edad se observa que estos trastornos emocionales son más frecuentes en los niños entre 5 y 7 años de edad, pero no existe significancia estadística, el tipo de Cuidador que en la gran mayoría

de casos son madres, tampoco constituyen un factor de riesgo para trastornos conductuales, El tipo de familia ya sea uniparental, monoparental o extendida no tienen significancia estadística en el análisis de este estudio.

En cuanto a la relación entre Hospitalización y realización de exámenes imagenológicos nuestro estudio revela que el riesgo en producirse trastornos conductuales en los niños hospitalizados aumente en 2, 8 veces en comparación a los niños a los que no se realiza estos procedimientos, existe asociación estadística con un valor de p significativa y un Chi cuadrado de 13,35. Según nuestros resultados los niños que han permanecido hospitalizados por más de tres días presentan un riesgo de 1,9 veces más que niños con menor tiempo de hospitalización en presentar Trastornos Conductuales. (Chi cuadrado 7,71) y p menor a 0,05.

Finalmente el 83% de las familias reportadas como disfuncionales en nuestro estudio, representan en riesgo más alto (5,3 veces) para alteraciones conductuales durante la estancia hospitalaria con P significativa y un valor de chi cuadrado de 34,81

La investigación también permitió descriptivamente caracterizar a la población infantil incluida en el estudio, tipo de familia, funcionalidad familiar

B. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Sin duda la experiencia de la hospitalización es un tema que no todas las personas han experimentado a lo largo de sus vidas, esta experiencia presenta diferentes significados y a su vez variadas maneras de afrontarla, siendo completamente diferente entre personas adultas, adolescentes y más aún en niños, esto debido a la percepción que los niños tiene de la hospitalización, considerada como un evento agobiante durante el período de crecimiento y desarrollo de la niñez, que los pequeños lo expresan a través de la tristeza, el miedo, la preocupación, la ira, entre otras emociones, interviniendo también factores personales, familiares, del equipo de salud y de la institución en la que se encuentran internados, tenemos que considerar que en nuestro medio no



existe centros específicos de atención en salud infantil, el Hospital Vicente Corral Moscoso se encuentran poco adaptado para recibir niños y hacer más grata la hospitalización.

Se estima que un 25% de los niños menores de 18 años en Chile se han hospitalizado por lo menos en una ocasión durante su vida, presentando entre un 10% y un 37% trastornos psicológicos importantes, los cuáles son secundarios al evento de la hospitalización. Así también se afirma que el desarrollo socio-emocional de los niños permitirá grados de resiliencia mayores frente al proceso de hospitalización. (1)

Es fundamental fomentar el apego hacia el núcleo familiar, sobre todo hacia los padres, ya que se ha comprobado que de no existir este apego, durante el tiempo de hospitalización se puede producir una regresión o detención en el desarrollo. Es importante también informar al niño de forma clara, precisa y en términos fáciles de comprender sobre el proceso que están viviendo. (1)

Múltiples son las desventajas que presenta la hospitalización en el aspecto emocional, en el pensamiento del niño constituye una amenaza vital, existe temor a la muerte, al dolor, y esto produce este proceso sea más intenso tanto para ellos como para su familia.

Se ha relacionado al tipo de cuidador, los procedimientos diagnósticos y de tratamiento, la separación del ambiente del niño como factores que afectan el estado emocional del paciente.

C. JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS

La temática del análisis del estado emocional del niño durante la estancia hospitalaria merece un tema de estudio, por todo lo que conlleva e involucra para el paciente.

El impacto personal, social e institucional es relevante desde la perspectiva de brindar la mejor atención a los pacientes, mejorar la atención integral del paciente.



La identificación de factores de riesgo en los niños que son hospitalizados nos guiará desde un principio a fortalecer el servicio para evitar un compromiso emocional del niño/niña.

Este estudio nos permitió establecer la patología mental de la población en estudio y conocer las consecuencias de la hospitalización sobre la salud mental de los niños. Así como también determinamos que existen ciertas variables que predisponen a una mayor alteración del estado emocional.

Los resultados fueron obtenidos en base al análisis de las alteraciones de la salud mental que los niños presentan en el área emocional, en la conducta, la socialización, trastornos de hiperactividad y de la conducta prosocial.

Los resultados serán diseminados a través del Servicio de Pediatría del HVCM. Se publicarán los resultados en revistas con aval científico académico.

Los beneficiarios de este estudio son la institución y su personal, los familiares de los menores, la comunidad, el personal de salud, la población en general, así como los sujetos de estudio en los que se encuentren alteraciones de su salud mental para que puedan recibir un tratamiento adecuado.

El Código de la Niñez y Adolescencia (2) Cita: El Estado es garante del “derecho al desarrollo” de los niños, niñas y adolescentes por eso en las Agendas de los diferentes Ministerios se consideran metas, indicadores para la consecución del mismo.

Dentro de él Plan Nacional del Buen Vivir (3) en su 3er objetivo: “Ampliar los servicios de prevención y promoción de Salud, para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas”, en sus literales indica:

- a) Diseñar e implementar mecanismos integrales de promoción de salud, para prevenir riesgos durante todo el ciclo de vida
- c) Fortalecer el sistema de vigilancia y control epidemiológico ante posibles riesgos que causen morbilidad y mortalidad.



- d) Ampliar los servicios de diagnóstico y control, para prevenir enfermedades prevalentes en la infancia
- e) Prevenir y combatir el consumo de tabaco, sustancias estupefacientes y psicotrópicas en mujeres embarazadas, niños, niñas y adolescentes.
- f) Implementar acciones integrales para disminuir la morbilidad y mortalidad
- i) Desarrollar e implementar mecanismos para la detección temprana de enfermedades congénitas y discapacidades
- j) Promover la investigación en servicios sanitarios, en articulación con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica, que permitirá detección oportuna de patologías.

En este contexto, este estudio aporta a la construcción del diagnóstico de la niñez cuencana

D. FUNDAMENTO TEÓRICO

Por siglos la salud se consideraba “ausencia de enfermedad”, sin embargo, en 1967 este concepto es modificado de manera trascendental al ser definida por la OMS como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones” (4)

De la misma manera que cambió el concepto de Salud, también ha variado la forma de enfrentar el proceso de enfermedad en las personas, desde la negativa de asistir a los centros de salud a una total dependencia de ellos.

Después del cambio de concepto de salud, podemos definir a la hospitalización como un período de tiempo requerido para restablecer la salud, no sólo física sino también psicológica, en el que es necesario permanecer ingresado en un centro de salud, hospital o clínica, con el fin de recibir los tratamientos y cuidados adecuados.

Debido a la poca capacidad de asimilación de situaciones nuevas, la falta de experiencia anterior que permitan compararlas, y la evidente alteración que existe en el proceso normal de desarrollo de los niños, la hospitalización puede tener repercusiones negativas que con un apoyo adecuado pueden ser superadas. A su vez, la hospitalización acompañada de la enfermedad, genera cierto grado de alteración en la recuperación de los niños; según Bowlby esto



“ha quedado demostrado desde tiempos remotos creándose conciencia de ello desde mediados del siglo XIX, cuando se observaba que la ausencia de estímulos positivos en neonatos desembocaba en una mayor tasa de mortalidad, debido principalmente a la separación de los padres y al trato poco afectivo entregado por el personal de salud hacia los niños” (5). Varios son los autores que relacionan a la carencia de cuidados maternos en niños hospitalizados, Sir James Spencer describió en 1947 lo inadecuado de muchas salas pediátricas y en 1952 Ala Moncriell se refirió a la incorporación exitosa de madres en la hospitalización de niños menores de 5 años para la prevención de alteraciones psicológicas. Bowlby en 1952 demostró alteraciones psicológicas a largo plazo que se manifestaban en niños con experiencias de hospitalización difíciles. (5)

La proclamación de la Carta Europea de los derechos del niño hospitalizado en 1986, constituye un importante avance, dándole así un carácter legal y obligatorio.

Carta de los derechos del niño Hospitalizado (6)

A.- Derecho del niño a estar acompañado de sus padres, o de la persona que los sustituya, el máximo tiempo posible, durante su permanencia en el hospital, no como espectadores pasivos sino como elementos activos de la vida hospitalaria, sin que ello comporte gastos adicionales; el ejercicio de este derecho no debe perjudicar en modo alguno ni obstaculizar la aplicación de los tratamientos a los que hay que someter al niño.

B.- Derecho del niño a recibir una información adaptada a su edad, su desarrollo mental, su estado afectivo y psicológico, con respecto al conjunto del tratamiento médico al que se le somete y las perspectivas positivas que dicho tratamiento ofrece.

C.- Derecho de sus padres o de la persona que los sustituya a recibir todas las informaciones relativas a la enfermedad y al bienestar del niño, siempre y



cuando el derecho fundamental de éste al respecto de su intimidad no se vea afectado por ello.

D.- Derecho de los padres, o de la persona que los sustituya, a expresar su conformidad con los tratamientos que se aplican al niño.

E.- Derecho del niño a una recepción y seguimiento individuales, destinándose, en la medida de lo posible, a los mismos enfermos y auxiliares para dicha recepción y los cuidados necesarios.

F.- Derecho de los padres o de la persona que los sustituya a una recepción adecuada y a su seguimiento psicosocial a cargo de personal con formación especializada.

G.- Derecho del niño a no ser sometido a experiencias farmacológicas o terapéuticas. Sólo los padres o la persona que los sustituya, debidamente advertidos de los riesgos y de las ventajas de estos tratamientos, tendrán la posibilidad de conceder su autorización, así como de retirarla.

H.- Derecho del niño a no recibir tratamientos médicos inútiles y a no soportar sufrimientos físicos y morales que puedan evitarse.

I.- Derecho a ser tratados con tacto, educación y comprensión y a que se respete su intimidad.

J.- Derecho (y medios) del niño de contactar con sus padres, o con la persona que los sustituya, en momentos de tensión.

K.- Derecho a la seguridad de recibir los cuidados que necesita, incluso en el caso que fuese necesaria la intervención de la justicia si los padres o la persona que los sustituya se los niegan, o no estén en condiciones de dar los pasos oportunos para hacer frente a la urgencia.

L.- Derecho del niño a ser hospitalizado junto a otros niños, evitando todo lo posible su hospitalización entre adultos.



M.- Derecho de los niños a proseguir su formación escolar durante su permanencia en el Hospital, y a beneficiarse de la enseñanza de los maestros y del material didáctico que las autoridades escolares pongan a su disposición, en particular en el caso de una hospitalización prolongada, con la condición de que dicha actividad no cause perjuicio a su bienestar y/o no obstaculice los tratamientos médicos que se siguen.

N.- Derecho de los niños a disponer de locales amueblados y equipados, de modo que respondan a sus necesidades en materia de cuidados y de educación, así como de juegos, libros y medios audiovisuales adecuados y adaptados a su edad.

D.1 Estado Emocional del niño durante la Hospitalización

Cada niño reacciona a las situaciones de estrés de diferente manera. Según Spitz (7) la carencia de relaciones cercanas y de confianza disminuye en el niño la descarga de los impulsos agresivos, debido al estrés al que se encuentran sometidos, los niños interiorizan sentimientos de ira y frustración sobre sí mismo.

D.1.1 Depresión Anaclítica y Hospitalismo:

El cuidado proporcionado por los padres, incluso desde la vida intrauterina, cumple un rol fundamental en el futuro de la Salud mental del niño.

La madre introduce a su bebé en un proceso gradual, cuyo inicio se hace evidente durante el embarazo, pero sus orígenes se remontan a su historia personal (8). El padre representa un papel protector del binomio madre-hijo, consolida un ambiente favorable para que el niño viva en un entorno adecuado y separa a la madre y al niño cuando llegue el momento de que el niño pueda extenderse más allá de los límites del binomio madre-hijo (8).

Si en el inicio de la vida del niño, no se da en las condiciones adecuadas, ya sea porque el medio no presta el apoyo adecuado (no “es seguro”) o por factores internos de la madre o del niño, se producen fallos en el ajuste (9), se



presentan alteraciones en las interacciones tempranas, que traen como consecuencia patologías mentales en los primeros meses y años de los infantes,

Las enfermedades provocadas por la carencia de cuidados maternos toman distinta forma, según el tiempo que dure esta separación. Si la separación se produce después de haberse establecido una verdadera relación objetal (relación con la madre permanente durante los seis u ocho meses de vida) podría producirse el cuadro de depresión Anaclítica. Si ésta separación se produce antes de los seis meses de vida, se desarrolla: Hospitalismo. También se puede considerar hospitalismo si la separación se efectúa después de los seis meses de edad, pero con una duración mayor de tres meses ⁽¹⁰⁾

Spitz define: depresión analítica, como: Una regresión del desarrollo motor y el estado somático resulta severamente afectado: decaimiento del estado general, pérdida progresiva de peso, debilitamiento de las defensas del organismo frente a las infecciones que se repiten, el insomnio se agudiza progresivamente, llegando a un estado de miseria física próximo a la caquexia, que facilita la mortalidad”⁽⁷⁾.

El hospitalismo no es exclusivo de las instituciones (orfanatos, hospitales) sino de cualquier situación que produzca un vacío afectivo, incluso dentro del propio hogar, los trastornos y alteraciones de la conducta que tendrán toda su vida los niños que sobrevivieron al periodo de institucionalización, son muy parecidos los trastornos observados en los de los niños que sin haber estado hospitalizados han sufrido un periodo de depravación emocional, por enfermedad de sus padres, por muerte de familiares cercanos, divorcio, migración, etc.

La hospitalización en el niño genera estrés y temor a lo desconocido y a la muerte; intranquilidad, e inseguridad hacia las personas, siendo más intenso mientras más pequeño sea el paciente, los niños presenta un fuerte apego



hacia sus padres, inmersos en una etapa de adaptación continua lo cual se ve directamente afectado cuando se enfrentan a la enfermedad.

Sierra en su Artículo “Calidad de vida del niño Hospitalizado” (11) indica que el niño hospitalizado, cambia su vida abruptamente, el hospital pasa a ser su espacio vital, durante días, semanas o meses. Se convierte en su mundo. Desaparecen la casa, la escuela, el barrio, los hermanos y los amigos. Se interrumpen las actividades usuales de juego, estudio y descanso.

Los niños hospitalizados mientras permanecen en los nosocomios se ven obligados a asimilar los múltiples cambios ocurridos. El niño empieza a interactuar con personas completamente desconocidas para él/ella, sobre todo médico, enfermeras, estudiantes de medicina y demás personal de salud que en la mayoría de ocasiones sin siquiera conseguir autorización examinan su cuerpo varias ocasiones y lo someten a diferentes procedimientos.

Sierra (11) además indica:

1. El niño hospitalizado se siente enfermo, abandonado por su familia, el niño no entiende porque para estar bien, tiene que estar solo
2. El niño hospitalizado se siente con dolor, con desconcierto, depresión, miedo, ira y aislamiento social.
3. El niño hospitalizado busca compañía y afecto de un familiar u otra persona.
4. El niño hospitalizado tiene respuestas negativas a una mala hospitalización: trastornos de conducta, retardo en el desarrollo, depresión y llanto; puede perder el deseo de vivir.
5. A la tristeza que siente el niño, por la ruptura con el ambiente que le es familiar, se une el aburrimiento.



6. El niño hospitalizado tiene respuestas *positivas* a una buena hospitalización: si hay buenos vínculos afectivos, el niño entiende que lo quieren y se adapta mejor.

D1.2 Idea de muerte

La percepción de la muerte es diferente en cada etapa del desarrollo infantil (12). Hasta los 2 años de edad el niño diferencia entre ausencia y presencia, y las asocia con manifestaciones de angustia, hasta ese entonces no existe capacidad de integrar un concepto racional acerca de la muerte.

Según Piaget: ⁽¹³⁾, Antes de los 2 años de edad los niños se encuentran cursando un desarrollo sensorio-motor, basados más que nada en los reflejos, posteriormente empieza la etapa de desarrollo del pensamiento y comprensión de conceptos ⁽¹⁴⁾

Desde los 3 a los 7 años, se presenta un pensamiento operacional, centrado en la intuición, y empieza la búsqueda de instrumentos para comprender lo que va sucediendo. En ese momento se entiende a la muerte como un fenómeno reversible o temporal, con conceptos mágicos, por lo que puede adquirir cualidades lúgubres.

Piaget indica que entre los 7 y 12 años, aparecen elementos denominados como coformadores de una adecuada idea de muerte. (Universalidad, inmovilidad, definitivo, etc.). El niño ya es capaz de analizar situaciones bajo distintos puntos de vista, pero aún no logra crear un pensamiento abstracto para entender lo permanente y absoluto del concepto de muerte

A los 12 años de edad inicia el uso de la capacidad de abstracción, iniciando así el paso del pensamiento concreto al pensamiento hipotético deductivo, entendiendo así la muerte como algo universal, inevitable y permanente



D.1.3 Trastorno de la conducta DSM V ⁽¹⁵⁾

A. Patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad, lo que se manifiesta por la presencia en los doce últimos meses de por lo menos tres de los quince criterios, existiendo por lo menos uno en los últimos seis meses:

1. A menudo acosa, amenaza o intimida a otros.
2. A menudo inicia peleas.
3. Ha usado un arma que puede provocar serios daños a terceros (una botella rota, un cuchillo, un arma).
4. Ha ejercido la crueldad física contra personas.
5. Ha ejercido la crueldad física contra animales.
6. Ha robado enfrentándose a una víctima.
7. Ha violado sexualmente a alguien.
8. Ha prendido fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves.
9. Ha destruido deliberadamente la propiedad de alguien (no con fuego).
10. Ha invadido la casa, edificio o automóvil de alguien.
11. A menudo miente para obtener objetos o favores, o para evitar obligaciones.
12. Ha robado objetos de valor no triviales sin enfrentarse a la víctima.
13. A menudo sale por la noche a pesar de la prohibición de sus padres, empezando antes de los 13 años.
14. Ha pasado una noche fuera de casa sin permiso mientras vivía con sus padres o en un hogar de acogida, por lo menos dos veces o una vez si estuvo ausente durante un tiempo prolongado.
15. A menudo falta en la escuela, empezando antes de los 13 años.

B. El trastorno del comportamiento provoca un malestar clínicamente significativo en las áreas social, académica o laboral.



C. Si la edad del individuo es de 18 años o más, no se cumplen los criterios de trastorno de la personalidad antisocial.

Se debe especificar si es:

1. Tipo de inicio infantil: Antes de cumplir los 10 años.
2. Tipo de inicio adolescente: Después de los 10 años.
3. Tipo de inicio no especificado: No existe suficiente información disponible para determinar si la aparición del primer síntoma fue anterior a los 10 años de edad.

Se debe especificar si presenta:

1. Con emociones prosociales limitadas: Falta de remordimientos o culpabilidad
2. Insensible, carente de empatía
3. Despreocupado por su rendimiento
4. Afecto superficial o deficiente: No expresa sentimientos ni muestra emociones con los demás, salvo de una forma que parece poco sentida, poco sincera o superficial

D.2. Factores Asociados a la Alteración conductual en el niño Hospitalizado

La ansiedad que los niños experimentan frente a la hospitalización es asociada con la edad del niño, tiempo y frecuencia de hospitalizaciones, ausencia parental durante la hospitalización, estrés parental, desajustes previos a la hospitalización propios del niño o de la familia, cambios fundamentales en la vida cotidiana del niño y su familia, y fuertemente interviene la enfermedad y el tratamiento requerido.

Los factores ambientales identificados por los niños como los que mayormente los afectan durante la Hospitalización, en orden decreciente según la frecuencia de las respuestas son: Separación de los padres, procedimientos de diagnóstico y tratamiento, separación de los amigos. (1)

Así también, basados en el punto anterior podemos afirmar que los padres identifican en dos áreas diferentes los cambios presentados por sus hijos



durante la hospitalización: clasificadas en área emocional y motora, enfatizando en la tristeza como expresión más recurrente del aspecto psicológico, con un 65%; sin detección de cambios importantes en el área motora por la mayoría de los padres (41%). En un estudio en Chile 2009 se encuentra que las mujeres son las que mayoritariamente se encuentran afectadas emocionalmente en el proceso de adaptación a la hospitalización, con un 56%. Además que no existe una relación con el estado emocional y los días de hospitalización, $p = 0.476$.

En relación con el incremento de los sentimientos negativos para el niño durante el transcurso de la estadía hospitalaria, Fernández & López (16) manifiestan respecto a este punto que “la presencia de estrés, en función de la duración de la estancia hospitalaria, crece rápidamente a partir del segundo y tercer día de hospitalización, y tiende a mantenerse en los días posteriores. El estrés, por tanto, se incrementa tras la primera noche, observándose una posterior sensibilización a la estancia hospitalaria. Paradójicamente, dormir sólo una noche en el centro sanitario es la posibilidad menos estresante, pues a partir de la segunda noche se produce un incremento significativo del estrés, que se mantiene a lo largo del periodo de tiempo estudiado”.

D.2.1 Concepto de Resiliencia

No existe un acuerdo en su definición, sin embargo se la puede resumir como: Positivo y efectivo afrontamiento en respuesta al riesgo o a la adversidad (Luthar y Cushing) ⁽¹⁶⁾.

Rutter afirma que la Resiliencia no debe ser entendida como la negación de las difíciles experiencias de la vida, dolores y cicatrices: es más bien, la habilidad



para seguir adelante a pesar de ello, constituye un fenómeno multifacético que abarca factores ambientales y personales ⁽¹⁷⁾.

Vaniestendael la define como la aptitud para resistir a la destrucción, es decir, preservar la integridad en circunstancias difíciles; la actitud de reaccionar positivamente a pesar de las dificultades ⁽¹⁸⁾

Es decir a pesar de existir un daño, lesión o herida; que constituyen un hecho real, la Resiliencia es la capacidad de obtener algo positivo de la experiencia considerada como mala en un inicio, constituye un proceso dinámico de aprendizaje e interacción de la persona con el medio en el que se desarrolla.

Según Bernard y Garmezy: Los traumas, lesiones o experiencias consideradas negativas por el niño inevitablemente lleva a una sicopatología adulta ⁽¹⁹⁾

D.2.2 Instrumento de Valoración del Estado Conductual

Se utilizó el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) creado por Goodman en el instituto de Psiquiatría de Londres, el que aplicable en un grupo poblacional entre 4 a 16 años. Se divide en 5 escalas de 5 ítems: Síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con compañeros y conducta positiva de socialización.

Las escalas se puntúan entre 0 a 10 y la puntuación final entre 0 a 40, con puntuaciones como normal, limite y anormal de acuerdo a la escala que será realizado al cuidador:

Escala de Síntomas Emocionales	No es Cierto	Un tanto Cierto	Absolutamente Cierto
Se queja con frecuencia de....	0	1	2
Tiene muchas preocupaciones	0	1	2
Se siente a menudo infeliz	0	1	2
Es nervioso/a o dependiente	0	1	2
Tiene muchos miedos	0	1	2
Escala de Problemas de Conducta	No es Cierto	Un tanto Cierto	Absolutamente Cierto
Frecuentemente tiene rabietas	0	1	2
Por lo general es obediente	2	1	0
Pelea con frecuencia	0	1	2
A menudo miente o engaña	0	1	2
Roba cosas en casa	0	1	2
Escala de Hiperactividad	No es Cierto	Un tanto Cierto	Absolutamente Cierto
Es inquieto/a Hiperactivo/a	0	1	2
Esta continuamente moviéndose	0	1	2
Se distrae con facilidad	0	1	2
Piensa las cosas antes de hacerlas	2	1	0
Termina lo que empieza	2	1	0
Escala de Problemas con compañeros/as	No es Cierto	Un tanto Cierto	Absolutamente Cierto
Es más bien solitario	0	1	2
Tiene por lo menos un amigo	2	1	0
Por lo general cae bien	2	1	0
Se meten con él/ella	0	1	2
Se lleva mejor con adultos	0	1	2
Conducta Prosocial	No es Cierto	Un tanto Cierto	Absolutamente Cierto
Tiene en cuenta los sentimientos	0	1	2
Comparte frecuentemente	0	1	2
Ofrece ayuda cuando alguien necesita	0	1	2
Trata bien a los más pequeños	0	1	2
A menudo se ofrece para ayudar	0	1	2

La validación original del SDQ se ha utilizado como método de screenig en amplias muestras poblacionales, demostrando eficacia, y sobre todo propiedades psicométricas adecuadas (20, 21,22).

Se utiliza el test como una medida genuinamente dimensional del estado de salud mental de niños entre 4 a 16 años, de buen uso clínico, epidemiológico y como screenig preliminar para la investigación de posibles trastornos psiquiátricos en la niñez (23,24,25), estableciendo al SDQ test como el instrumento más usado para investigación sobre la salud mental.



El Test se encuentra validado actualmente en Australia, Reino Unido, en muchos países de la comunidad Europea y Estados Unidos (21), algunos autores recomiendan el uso rutinario del test, por su especificidad en el diagnóstico psiquiátrico es de 94,6% y sensibilidad sobre el 70% de los individuos con hiperactividad, depresión, problemas de conducta entre otros (22) lo cual es comparable a través de entrevistas clínicas que en promedio logra una sensibilidad del 73%; un coeficiente alfa de Cronbach 0.82 siendo fiable y homogéneo (20).

<u>Completada por los padres</u>	<u>Normal</u>	<u>Limite</u>	<u>Anormal</u>
Puntuación total de dificultades	0 - 13	14 - 16	17 - 40
Puntuación síntomas emocionales	0 - 3	4	5 - 10
Puntuación problemas de conducta	0 - 2	3	4 - 10
Puntuación hiperactividad	0 - 5	6	7 - 10
Puntuación problemas con compañeros	0 - 2	3	4 - 10
Puntuación conducta prosocial	6 - 10	5	0 - 4

D.3.- Estructura Familiar

Tipo de familia: Familia monoparental: conformada por uno de los padres (padre o madre) y los hijos. La ausencia de uno de los progenitores puede ser total o parcial. *Familia nuclear:* es la familia biparental (2 padres biológicos o sustitutos y los hijos). *Familia expandida:* Miembros de más de dos generaciones, que comparten la vivienda y participan en el funcionamiento familiar (25, 26,27)

Cualquiera que sea el tipo debe existir un equilibrio funcional en la convivencia por la satisfacción de los derechos, situación que en los niños/as se refleja en conductas apropiadas para la edad (27). El estudio descriptivo de Socken el año 2007 en Seúl- Corea en 692 niños entre 11 y 13 años de edad (388 en familias nucleares y 304 en familias monoparentales) determinó que los factores que influyen en la construcción de la autoestima de los niños son diferentes para cada tipo de familia (28).



La investigación de Torrente y colaboradores en el año 2005 en una muestra total de 660 niños entre 11 y 18 años de edad de la Educación Secundaria Obligatoria de la Región de Murcia identifica que los niveles de conducta antisocial en la adolescencia no parecen depender de la estructura familiar ya sea monoparental o nuclear sino de variables que pueden estar en los dos tipos de familia: clima familiar, cohesión, conflicto, organización y control, ni con los estilos de educación materna, apoyo, castigo físico o reprimenda verbal (29).

Los datos de ENNA indican que en el Ecuador en los últimos 10 años el 50% de los hogares son nucleares, el 10% monoparentales, el 35% extendidos y un 5% en hogares compuestos.

D.4- Funcionalidad familiar

Podemos considerar que existe funcionalidad familiar cuando: existe diferencias generacionales con personalidad de los padres, existen subsistemas y límites claros, flexibilidad y provisión de un contexto de seguridad y de verdad para propiciar autonomía e interdependencia, continuidad y reestructuración adaptativa, habilidad para la resolución de problemas por etapas, comunicación y reciprocidad, percepciones de las relaciones basadas en realidades actuales, diferenciación de sí mismo en relación con otros, equilibrio intelectual y emocional.

El uso del Apgar Familiar de Smilkstein se remonta a 1978, que fue diseñado como un instrumento breve de tamizaje para uso diario. El continuo empleo del mismo ha demostrado que más que evaluar la funcionalidad familiar lo que hace es determinar el grado de satisfacción de un miembro de la familia (30). Ha sido validado en numerosas ocasiones y tiene cinco indicadores: adaptabilidad (recursos para la resolución de problemas), participación (comunicación, cooperación en roles y decisiones), desarrollo o gradiente de crecimiento (apoyo a las diferentes etapas para la individualización), afectividad (cariño y preocupación en la familia), capacidad de resolución (atención de las necesidades físicas y emocionales de los otros) (31, 32,33).



E.- Hipótesis

La prevalencia de trastornos conductuales es superior al 15 % y está asociada a los siguientes factores edad, sexo, estado emocional, procedimientos diagnósticos, días de hospitalización, tipo de cuidador, ansiedad psicológica del cuidador, funcionalidad familiar, en el HVCM. Cuenca 2014.

F.- Objetivo/s de la investigación

“Determinar la prevalencia de trastornos conductuales y los factores asociados en la los niños del servicio de pediatría del HVCM, Cuenca 2014

F.1.- Objetivos específicos:

- 1.- Distribuir a los niños del estudio según: edad, sexo, estado emocional, procedimientos diagnósticos, días de hospitalización, tipo de cuidador, ansiedad psicológica del cuidador, funcionalidad familiar.
2. - Determinar la frecuencia de trastornos conductuales por medio de la aplicación del test SDQ
- 3.- Establecer la relación de los trastornos conductuales con los factores estudiados

G.- Métodos y técnicas:

Se trata de un estudio transversal de prevalencia con identificación de factores asociados a realizarse en el Área de Pediatría del HVCM con niños hospitalizados mayores de 6 años y menores de 10.

G.1.- Definición y operacionalización de las variables:

- **Dependientes:** alteración conductual
- **Independientes:** edad, sexo, procedimientos diagnósticos, número de días de hospitalización, tipo de cuidador, funcionalidad familiar.



VARIABLE Y	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	ESCALA
SEXO	Género correspondiente con el que se nace	Fenotipo	Masculino Femenino
EDAD	Años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta	Cédula, partida de nacimiento, registro en la HC	Numérica
CLINICA DEL ESTADO EMOCIONAL	<p>Problemas de Conducta: Los comportamientos que distorsionan el curso habitual de la clase, la familia.</p> <p>Problemas de Hiperactividad: Actividad excesiva en el niño, desorganizada, presente en todos los contextos.</p> <p>Problemas de relación con los compañeros: Alteración de la relación para mantener una conducta apropiada con sus semejantes</p> <p>Conducta Prosocial: Es la conducta en beneficio de otras personas; maneras de responder a éstas con simpatía, condolencia, cooperación, ayuda, entre otras.</p> <p>Problemas Emocionales: Cuadros clínicos que pueden alterar las expresiones comportamentales del desenvolvimiento personal, familiar, laboral o social.</p>	<p>Test de SDQ-Cas Preguntas 5,7,12,18,22</p> <p>Preguntas cuestionario SDQ 2,10,15,21,25</p> <p>Preguntas cuestionario SDQ 6,11,14,19,23</p> <p>Preguntas Cuestionario SDQ 1,4,9,17,20</p> <p>Preguntas cuestionario SDQ 3,8,13,16,24</p>	<p>Anormal 5 a 10 Límite 4 Normal 0 a 3</p> <p>Puntaje SDQ Anormal 8 a 10 Límite 6 a 7 Normal 0 a 2</p> <p>Puntaje SDQ Anormal 4 a 10 Límite 3 Normal 0 a 2</p> <p>Puntaje SDQ Anormal 0 a 4 Límite 5 Normal 6 a 10</p> <p>Puntaje SDQ Anormal 5 a 10 Límite 4 Normal 0 a 3</p>
PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS DE IMAGEN	Exposición del niño a cualquier procedimiento diagnóstico de imagen durante su periodo de hospitalización.	Pregunta al familiar o registro en HC	SI NO
DIAS DE HOSPITALIZACIÓN	Días que el niño lleva hospitalizado al momento de ser encuestado, calificando el día como 24 horas de permanencia en el centro de atención de salud (Un día y una noche).	Tiempo en días	Numérica
TIPO DE CUIDADOR FAMILIAR	Persona que vive con el niño, satisface las necesidades de atención, afecto y otros en el hogar.	Persona que suministra la atención en las necesidades básicas, afecto y otros.	Cualitativa nominal: 1. Madre 2. Padre 3. Abuelos 4. Tíos 5. Hermanos 6. Otros
TIPO DE FAMILIA	Estructura familiar dada por el tipo de miembros que la conforman	Los miembros de la familia 1. Nuclear: padre, madre e hijos 2. Monoparental: el padre o la madre y los hijos 3. Expandida: miembros de más de dos generaciones	Cualitativa nominal: 1. Nuclear 2. Monoparental Expandida
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Armonía entre los miembros por el ejercicio de los objetivos de adaptación, participación, crecimiento, afecto y resolución.	Test de Apgar familiar: • Familia Funcional: 7- 10 puntos • Disfunción familiar: 6 puntos o menos.	Cualitativa nominal 0. Disfuncional 1. Funcional

G.2.- Universo

Los niños entre 6 años 1 día a 10 años 0 días que se encuentren hospitalizados en el servicio de Pediatría del HVCM desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2014

G.3.- Muestra

Se considera una población infinita, por cuanto no se conoce con el número absoluto de niños/as que acudirán al HVCM en el año 2014. Se considera como proporción esperada un 15% de alteraciones emocionales, factor que presenta la más baja frecuencia, dentro de los estudios que aplicaron el test SDQ Cas. Un nivel de confianza del 95%, un efecto de diseño de 1 y una precisión del 4%. Con estos valores el tamaño de la muestra estudiada es 307 pacientes.

G.4.- Asignación de los pacientes al estudio.

Se trabajó con 10 salas, las 2 primeras salas con un total de 5 camas cada sala que corresponden a clínica pediátrica y las ocho restantes, con dos camas correspondientes al servicio de cirugía pediátrica. Para la asignación de las camas de cada sala se trabajó con números aleatorios de la siguiente manera:



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SALA 5	SALA 3	SALA 11	SALA 12	SALA 13	SALA 14	SALA 15	SALA 16	SALA 17	SALA 19
4	5	2	1	1	2	1	2	1	1

La asignación de los números a las camas se lo realizó en cada habitación según el sentido de las manecillas del reloj, del 1 al 5 en los 2 primeros casos y del uno al dos en las 8 siguientes. En los casos en que un paciente ya encuestado continuó hospitalizado (en el siguiente turno) se realizó la entrevista al paciente de la cama siguiente. Los cuestionarios fueron aplicados el día del alta o el día previo.

G.5.- Criterios de Inclusión

Todos los niños y niñas hospitalizados en el servicio de Pediatría del Hospital Vicente Corral Moscoso, que tuvieron entre 6 años y 10 años, durante el 2014.

G.6.- Criterios de exclusión

Niños entre 6 y 10 años, que se encontraban en orfandad, tuvieron déficit cognitivo, parálisis cerebral, déficit o enfermedad neurológica, alteración de algún órgano de los sentidos.

Representantes legales que no aprobaron la investigación y no firmaron el consentimiento informado.

G.7.- Procedimientos de recolección de la información e instrumentos a utilizar

Se empleó un cuestionario, que incluyó las variables que se consideran factores de riesgo así como datos demográficos. (Anexo 1)



Para el diagnóstico del estado de salud mental se utilizó el Cuestionario de Cualidades y Dificultades (SDQ), que consta de 25 ítems el cual se aplicara al cuidador. (Anexo 2)

Para valorar la Funcionalidad Familiar se utilizó la Escala APCAR de Smilkstein. Con sus indicadores: adaptabilidad, participación, desarrollo o gradiente de crecimiento, afectividad, capacidad de resolución.

G.8.- Aspectos para garantizar los aspectos éticos.

El presente protocolo fue aprobado por la comisión de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas, el Jefe de departamento del Servicio de Pediatría, El Coordinador de Investigación del Hospital Vicente Corral Moscoso y los familiares de los 307 niños a los que se realizó las encuestas.

La investigación involucra beneficios en colectivo para las personas entrevistadas, no involucra riesgos conocidos. Previa a la entrevista se entregó al cuidador un documento donde consta el respectivo consentimiento informado, en donde conste lo siguiente: Objetivos de la investigación, propósitos del estudio, e información sobre absoluta confidencialidad de los datos.

G.9.- Plan de análisis

Se elaborará una base de datos con el programa SPSS. Se realizará un estudio univariado para describir la población de estudio. Se presentarán frecuencias, porcentajes, estimadores de tendencia central y medidas de dispersión.

En algunos casos se utilizará gráficos de barras simples y dobles. Para demostrar la asociación de los factores de riesgo estudiados, se realizarán tablas tetra cónicas con el Chi cuadrado. El estimador a utilizarse será en ODDS Ratio y además se realizará regresión logística bivariada y multivariada, mediante la construcción de modelos para la cuantificación individual y Global de asociación.

H. RESULTADOS

H.1 FASE DESCRIPTIVA

H.1.1 Características demográficas

Tabla 1. Distribución de 307 niños hospitalizados en el HVCM según edad y sexo. Cuenca 2014.

Característica		n=307	%=100
Edad	5 años	7	2,3
	6 años	87	28,3
	7 años	64	20,8
	8 años	27	8,8
	9 años	57	18,6
	10 años	65	21,2
Sexo	Hombre	172	56,0
	Mujer	135	44,0

\bar{X} = 7,77 años

Desviación estándar= 1,59 años

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Patiño-Rocha, C.

La tabla 1 indica que la población más frecuente fue la de 6 años con el 28,3% del total, con una media de edad ubicada en 7,77 años; en lo que respecta al sexo de los pacientes el 56% correspondió con el sexo masculino y el 44% con el sexo femenino.

H.1.2 Procedimientos diagnósticos

Tabla 2. Distribución de 307 niños hospitalizados en el HVCM según realización de procedimientos diagnósticos. Cuenca 2014.

Estudios imagenológicos	Frecuencia	Porcentaje
Si	248	80,8
No	59	19,2
Total	307	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Patiño-Rocha, C.

El 80,8% de la población en estudio fue sometida a la realización de estudios de imágenes.

H.1.2.1 Tipo de imagen realizada

Tabla 3. Distribución de 248 niños hospitalizados en el HVCM según tipo de imagen realizada. Cuenca 2014.

Tipo de estudio imagenológico realizado	Frecuencia	Porcentaje
Ecografía	47	19,0
RX	161	64,9
RX TAC	1	,4
TAC	37	14,9
TAC RNM	1	,4
TAC- EEG	1	,4
Total	248	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Patiño-Rocha, C.

La tabla 3 indica la frecuencia de los tipos de imagen realizadas, como se puede observar el 64,9% de los niños/as fueron expuestos a RX en algún momento de su hospitalización; en segundo lugar se halla la ecografía con el 19% del total de pacientes.

H.1.3 Días de hospitalización

Tabla 4. Distribución de 307 niños hospitalizados en el HVCM según días de hospitalización. Cuenca 2014.

Días de hospitalización	Frecuencia	Porcentaje
< = 3 días	165	53,7
4 - 7 días	137	44,6
> 7 días	5	1,6
Total	307	100,0

\bar{X} = 3,65 días

Desviación estándar = 1,67 días

Mínimo = 2 días

Máximo = 22 días

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Patiño-Rocha, C.

Se puede observar en la tabla 4 que más de la mitad de los pacientes, el 53,7% presentó estancia hospitalaria igual o menor a 3 días, con una media de 3,65 días con un máximo de 22 días.

H.1.4 Tipo de cuidador

Tabla 5. Distribución de 307 niños hospitalizados en el HVCM según tipo de cuidador. Cuenca 2014.

Tipo de cuidador	Frecuencia	Porcentaje
Madre	207	67,4
Padre	75	24,4
Familiar	21	6,8
Otro	4	1,3
Total	307	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Patiño-Rocha, C.

La tabla 5 indica los tipos de cuidadores de la población de niños en estudio, en el 67,4% de los casos el cuidador es la madre de familia, el padre de familia en un 24,4% de los casos en el, 6,8% de los casos son cuidados por otro



familiares, en su gran mayoría este porcentaje corresponde a abuelos encontrándose también tíos y tías a cargo de los pacientes.

H.1.5 Dificultades de conducta

Tabla 6. Distribución de 307 niños hospitalizados en el HVCM según resultados para las dificultades de conducta. Cuenca 2014.

Total	Frecuencia	Porcentaje
Normal	123	40,1
Limite	69	22,5
Anormal	115	37,5
Total	307	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Patiño-Rocha, C.

Tras analizar las dificultades de conducta se estableció que: el 37,5% obtuvo puntuaciones que indican un comportamiento de la conducta Anormal; el 22,5% Límite y el 40,1% Normal.

H.1.6 Componentes de SDQ

H.1.6.1 Problemas emocionales

Tabla 7. Distribución de 307 niños hospitalizados en el HVCM según resultados de SDQ para problemas emocionales. Cuenca 2014.

Problemas emocionales	Frecuencia	Porcentaje
Anormal	43	14,0
Limite	86	28,0
Normal	178	58,0
Total	307	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Patiño-Rocha, C.

El 14% de la población mostro puntajes considerados Anormales para los problemas emocionales, el 28% Limite y el 58% Normal.



H.1.6.2 Problemas de Conducta

Tabla 8. Distribución de 307 niños hospitalizados en el HVCM según resultados de SDQ para problemas de conducta. Cuenca 2014.

Problemas de conducta	Frecuencia	Porcentaje
Anormal	178	58,0
Limite	50	16,3
Normal	79	25,7
Total	307	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Patiño-Rocha, C.

Los puntajes que indican Anormalidad en los problemas de conducta representaron más de la mitad de la población con el 58%.

H.1.6.3 Problemas de hiperactividad

Tabla 9. Distribución de 307 niños hospitalizados en el HVCM según resultados de SDQ para problemas de hiperactividad. Cuenca 2014.

Problemas de hiperactividad	Frecuencia	Porcentaje
Anormal	72	23,5
Limite	67	21,8
Normal	168	54,7
Total	307	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Patiño-Rocha, C.

Del 100% de los pacientes evaluados el 23,5% se encontró dentro de los puntajes considerados Anormales y el 21,8% como Límite.

H.1.6.4 Conducta prosocial

Tabla 10. Distribución de 307 niños hospitalizados en el HVCM según resultados de SDQ para conducta pro social. Cuenca 2014.

Conducta prosocial	Frecuencia	Porcentaje
Anormal	52	16,9
Limite	27	8,8
Normal	228	74,3
Total	307	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Patiño-Rocha, C.

Del total de la población evaluada el 16,9% se encontró con Anormalidad para la conducta prosocial; el 8,8% Límite y el 74,3% Normal.

H.1.6.5 Problemas con los compañeros

Tabla 11. Distribución de 307 niños hospitalizados en el HVCM según resultados de SDQ para problemas con los compañeros. Cuenca 2014.

Problemas con los compañeros	Frecuencia	Porcentaje
Normal	140	45,6
Limite	62	20,2
Anormal	105	34,2
Total	307	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Patiño-Rocha, C.

En la valoración de problemas con los compañeros encontramos que el 45,6% de esta población presentó Normalidad en sus resultados, el 20,2% Límite y el 34,2% Anormalidad.

H.1.7 Tipo de familia

Tabla 12. Distribución de 307 niños hospitalizados en el HVCM según tipo de familia. Cuenca 2014.

Tipo de familia	Frecuencia	Porcentaje
Nuclear	199	64,8
Monoparental	30	9,8
Extendida	78	25,4
Total	307	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Patiño-Rocha, C.

La mayoría de la población, en este caso el 64,8% de los pacientes tenían un tipo de familia considerado nuclear; el 25,4% extendida y por último el 9,8% monoparental.

H.1.8 Funcionalidad familiar

Tabla 13. Distribución de 307 niños hospitalizados en el HVCM según funcionalidad familiar. Cuenca 2014.

Funcionalidad familiar	Frecuencia	Porcentaje
Funcional	205	66,8
Disfuncional	102	33,2
Total	307	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Patiño-Rocha, C.

Tras la valoración de la familia de los pacientes, el 33,2% presentó disfuncionalidad familiar, es decir casi 1 de cada 3 pacientes hospitalizados presentó una familia disfuncional.

H.2 FASE ANALÍTICA

Se analiza la relación entre los factores de riesgo en estudio y la variable resultado: Dificultades de la conducta; en esta variable para lograr la dicotomización se sumaron los valores obtenidos y considerados Límites a la opción Anormal; de esta manera se obtienen 2 posibles resultados: Normal y Anormal; en lo que hace referencia a los factores de riesgo respondiendo a la bibliografía o frecuencia.

H.2.1 Edad

Tabla 14. Distribución de 307 niños hospitalizados en el HVCM según asociación entre problemas conductuales y edad. Cuenca 2014.

Edad	Resultado SDQ para trastornos conductuales				OR (IC 95%)	p
	Anormal		Normal			
	N	%	n	%		
5-7 años	101	63,9	57	36,1	1,4 (0,8-2,2)	0,14
8-10 años	83	55.7	66	44.3		

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Patiño-Rocha, C.

Se puede observar que los pacientes de entre 5 a 7 años presentaron mayor frecuencia de trastornos conductuales que los niños de mayor edad, sin embargo no se halló asociación entre las variables con un valor de chi cuadrado 2,15 y un valor de $p > 0,05$; al medir el riesgo tampoco se halló significancia estadística.

H.2.2 Sexo

Tabla 14. Distribución de 307 niños hospitalizados en el HVCM según asociación entre problemas conductuales y sexo. Cuenca 2014.

Sexo	Resultado SDQ para trastornos conductuales				OR (IC 95%)	p
	Anormal		Normal			
	N	%	n	%		
Masculino	111	64,5	61	35,5	1,54 (0,9-2,4)	0,063
Femenino	73	54.1	62	45.9		

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Patiño-Rocha, C.

El sexo masculino fue el más afectado por los trastornos conductuales en comparación con el sexo femenino, no se halló relación estadísticamente significativa entre estas 2 variables con un valor de chi cuadrado calculado de 3,44 y un valor de $p > 0,05$; el riesgo tampoco presentó significancia estadística.

H.2.3 Imágenes realizadas

Tabla 15. Distribución de 307 niños hospitalizados en el HVCM según asociación entre problemas conductuales y realización de imágenes. Cuenca 2014.

Realización de imágenes	Resultado SDQ para trastornos conductuales				OR (IC 95%)	p
	Anormal		Normal			
	n	%	n	%		
Si	161	64,9	87	35,1	2,8 (1,6-5,1)	0,00
No	23	39	36	61		

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Patiño-Rocha, C.

La realización de exámenes de imagen eleva el riesgo de trastornos conductuales en 2,8 veces en comparación con la población a la que no se le realizó este tipo de exámenes, obviamente también se halló asociación entre estas variables con un valor calculado de chi cuadrado de 13,35 y un valor de $p < 0,05$.

H.2.4 Días de hospitalización

Tabla 16. Distribución de 307 niños hospitalizados en el HVCM según asociación entre problemas conductuales y días de hospitalización. Cuenca 2014.

Días de hospitalización	Resultado SDQ para trastornos conductuales				OR (IC 95%)	p
	Anormal		Normal			
	N	%	n	%		
Más de 3 días	97	68,3	45	31,7	1,9 (1,2-3)	0.00
3 días o menos	87	52.7	78	47.3		

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Patiño-Rocha, C.

La frecuencia de trastornos conductuales fue mayor en la población que ha permanecido hospitalizada por más de 3 días con un 68,3% mientras que en la población con 3 días o menos de hospitalización la frecuencia se ubicó en 52,7%; la hospitalización por más de 3 días aumenta el riesgo de trastornos conductuales (OR) y estas variables presentaron asociación con un chi cuadrado calculado de 7,71 y un valor de p significativo.

H.2.5 Tipo de cuidador

Tabla 17. Distribución de 307 niños hospitalizados en el HVCM según asociación entre problemas conductuales y tipo de cuidador. Cuenca 2014.

Tipo de cuidador	Resultado SDQ para trastornos conductuales				OR (IC 95%)	p
	Anormal		Normal			
	N	%	n	%		
Otros	19	76	6	24	2,2 (0,8-5,7)	0,08
Padres	165	58.5	117	41.5		

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Patiño- Rocha, C.

La frecuencia de trastornos fue mayor en la población que tenía como cuidador a personas diferentes a sus padres, sin embargo esta situación no se asocia con los trastornos conductuales (chi cuadrado 2,24) y valor de $p > 0,05$.

H.2.6 Tipo de familia

Tabla 18. Distribución de 307 niños hospitalizados en el HVCM según asociación entre problemas conductuales y tipo de familia. Cuenca 2014.

Tipo de familia	Resultado SDQ para trastornos conductuales				OR (IC 95%)	p
	Anormal		Normal			
	N	%	n	%		
Otro tipo	60	55,6	48	44,4	0,7 (0,4-1,2)	0,24
Nuclear	124	62,3	75	37,7		

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Patiño-Rocha, C.

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el tipo de familia y los trastornos conductuales, tampoco el tipo de familia aumento el riesgo de este tipo de trastornos.

H.2.7 Funcionalidad familiar

Tabla 19. Distribución de 307 niños hospitalizados en el HVCM según asociación entre problemas conductuales y funcionalidad familiar. Cuenca 2014.

Funcionalidad familiar	Resultado SDQ para trastornos conductuales				OR (IC 95%)	p
	Anormal		Normal			
	N	%	n	%		
Disfuncional	85	83,3	17	16,7	5,3 (2,9-9,6)	0.00
Funcionalidad	99	48,3	106	51,7		

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Patiño-Rocha, C.

En las familias disfuncionales la frecuencia de trastornos conductuales fue mayor que en las familias funcionales con un 83,3% y 48,3% respectivamente; la disfuncionalidad familiar aumenta el riesgo de trastornos conductuales en 5,3 veces siendo estos datos estadísticamente significativos con un valor de $p < 0,05$ y un valor de chi cuadrado calculado de 34,82.



I. DISCUSIÓN

La hospitalización de la población pediátrica resulta ser un evento estresante pues sumándole a la enfermedad que desencadenó el ingreso, los niños/as se hallan expuestos a un nuevo ambiente, desconocido para ellos que provocan incertidumbre y curiosidad con la finalidad de la adaptación, es en este periodo donde se pueden generar trastornos conductuales y en cuya investigación se centró este trabajo de investigación; se estudiaron 307 niños/as con una media de edad de 7,7 años ($DE=1,59$ años); y mayoritariamente de sexo masculino (56%); en esa población se aplicó la herramienta SDQ y cuyos resultados se mencionan a continuación.

Tras la valoración se encontró que el 37,5% (Tabla 6) de la población presentó resultados anormales en la valoración global con la herramienta SDQ; el 22,5% puntajes considerados Límites y el 40,1% Normales; se puede observar que al menos 1 de cada 3 niños presenta trastornos conductuales durante su proceso de internación (sin tomar en cuenta a los puntajes Límite); dentro de los componentes que valora el SDQ el más importante reportado fueron los problemas de conducta con el 58% de la población afectada.

La hospitalización de la población pediátrica ha sido motivo de investigación, García y De la Barra ⁽³⁴⁾ mencionan que entre un 10% a un 37% de la población infantil hospitalizada presentaría trastornos psicológicos significativos durante la estadía hospitalaria siendo los trastornos de la conducta uno de los más significativos. Datos que coinciden con nuestro estudio ya que en nuestro estudio se revela una prevalencia de 37,7% de trastornos conductuales en niños hospitalizados.

Estos autores ⁽³⁴⁾ también mencionan que en base a los porcentajes de estos trastornos, las intervenciones en la línea conductual-cognitiva han resultado efectivas. López ⁽³⁵⁾ expone que las alteraciones emocionales en el paciente infantil es generado por efectos de los estresores y su influencia dependen de la edad del niño, nivel de desarrollo cognitivo, capacidad de adaptación, experiencias previas, cantidad de información que posea y el apoyo recibido; en su estudio la población cataloga como regulares o malas las experiencias dentro de la hospitalización; este autor también cita que los niños que son



sometidos a procedimientos diagnósticos se presentan con mayor riesgo de trastornos psicológicos, esta situación aumenta con la edad pues al crecer se desarrollan aún más los procesos cognitivos y comprenden su padecimiento aumentando la incertidumbre; esta situación en nuestra población no se evidencio pues los más afectados por problemas conductuales fue la población de menor edad con un 63,9% (5-7 años) en comparación con la de mayor edad con un 55,7% (8-10 años). La edad no resultó ser un factor importante, no así la realización de exámenes complementarios, específicamente las imágenes, donde la realización de éstas aumenta el riesgo de problemas conductuales en 2,8 veces.

Otro factor involucrado en la adquisición de miedos y de alteraciones en la conducta de los niños hospitalizados es la estancia hospitalaria, en nuestra población el permanecer hospitalizado más de 3 días aumenta el riesgo de trastornos conductuales en 1,8 veces en comparación con estancias hospitalarias menores; esto se corrobora con los resultados de López ⁽³⁵⁾ quien menciona que el estado psicológico de la población se ve alterada o aumenta a medida que aumenta la estancia hospitalaria, aunque este autor menciona que no existe diferencia entre 2 a 3 noches de hospitalización y 4 a 6 noches.

En un estudio en Chile 2009 se encuentra que las mujeres son las que mayoritariamente se encuentran afectadas emocionalmente en el proceso de adaptación a la hospitalización, con un 56%. Además que no existe una relación con el estado emocional y los días de hospitalización, $p = 0.476$; al respecto comentamos que al contrario de este estudio en nuestra población el sexo más afectado fue el masculino con un 64,5% versus el 54,1% del sexo femenino; y como ya revisamos los días de hospitalización si se asocian estadísticamente con la presentación de este tipo de trastornos ($p < 0,05$).

Fernández ⁽¹⁶⁾ menciona que durante la hospitalización pueden darse cambios en la conducta de los niños, siendo los efectos mayores dependiendo de cuanto dure la internación, esto se corrobora con lo encontrado en nuestra población donde a mayor internación mayor riesgo de problemas conductuales, la familia juega un papel preponderante, el niño se halla dentro de un núcleo familiar y se ve muy influenciado y determinado por el mismo, y este autor



menciona que el abordaje debe ser integral, pues no hay “niños enfermos, sino familias enfermas” en este estudio el abordaje de la familia se llevó a cabo mediante la valoración de su funcionalidad encontrando que las familias disfuncionales aumentan el riesgo de trastornos conductuales en 5,3 veces en comparación con la población infantil que posee una familia funcional; de esta manera se corrobora la importancia de la familia al momento de analizar la estadía hospitalaria de los niños.

Hernández y Rabadan ⁽³⁶⁾ mencionan que la situación de conducta de los niños hospitalizados es entendible, pues es producto del estrés y angustia emanados de la enfermedad y propia de la hospitalización que se traduce en un impacto psicológico importante, que también salpica a la familia creando estrés en el núcleo familiar; desde esta perspectiva se ve que un puntal importante es la familia y podría ser uno de los factores de riesgo controlables para disminuir la frecuencia de estos trastornos; además queda demostrado con este estudio que una funcionalidad familiar es un factor protector para la presentación de trastornos de la conducta.

En la infancia la hospitalización puede tener repercusiones negativas por la poca capacidad de asimilación de situaciones nuevas, la dependencia de terceros, la falta de puntos de comparación para asimilar estas experiencias y por sobre todo la alteración del proceso de desarrollo normal del niño y de su familia; por este motivo se evaluó esta situación en nuestra población con los resultados ya presentados además se demostró que algunas situaciones aumentan el riesgo de este tipo de trastornos para su análisis y consideración en la práctica médica diaria.

J. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

J.1 CONCLUSIONES

Se estudió una población de 307 pacientes hospitalizados con una media de edad de 7,7 años y una desviación estándar de 1,59 años en esta población se determinó que el 80,8% había sido sometido a exámenes de imágenes, presentaron una media de hospitalización de 3,65 días, siendo en el 67,4% de los casos el cuidador la madre de familia.

Tras analizar las dificultades de conducta se estableció que el 37,5% obtuvo puntuaciones que indican un comportamiento de la conducta Anormal; en el 22,5% Límite y el 40,1% Normal.

Los puntajes que indican Anormalidad en los problemas de conducta representaron más de la mitad de la población con el 58%, siendo estos los más frecuentes.

Analizando los factores de riesgo se encontró que fueron estadísticamente significativos ($p < 0,05$) los siguientes: realización de imágenes RP 2,8 (1,6-5,1); permanecer más de 3 días de hospitalización RP 1,9 (1,2-3) y familias disfuncionales RP 5,3 (2,9-9,6); en los demás casos no se halló significancia estadística ($p > 0,05$).

En la mayoría de los casos los factores que intervienen en la aparición de los trastornos de la conducta son controlables con una adecuada intervención.



J.2 RECOMENDACIONES

La valoración de la esfera psicológica de los niños ingresados en el servicio de hospitalización debe ser una prioridad pues como se ha revisado se presentan con cierta frecuencia y su falta de diagnóstico podría generar mayores problemas.

Indagar sobre los factores de riesgo mencionados en este trabajo de investigación, pues se ha demostrado su intervención y su influencia en la aparición de trastornos conductuales; tomando en cuenta y especial interés en la familia de los niños hospitalizados.

Plantear nuevas investigaciones sobre esta temática.

Intervenir adecuadamente en la población identificada con este tipo de trastornos, de esta manera se tratara integralmente los problemas de salud de los niños que se hallan hospitalizados.

Comunicar los resultados de esta investigación a la comunidad científica para poseer datos locales de esta problemática de salud y poder generar alternativas de cambio con enfoque en la prevención.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alfaro, et al. Factores ambientales y su incidencia en la experiencia emocional del niño Hospitalizado. Departamento de Pediatría. Universidad de Chile.
2. Foro de la Niñez y Adolescencia. Ecuador país: Código de la Niñez y Adolescencia. Ecuador, 2004.
3. Plan Nacional del Buen Vivir, Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo, República del Ecuador, Aplicación Digital PNBV 2013 - 2017 objetivos.buenvivir.gob.ec/pnbv-12objetivos/
4. Ibarra, A. (2006).Determinantes ambientales de salud. En Salud Pública para Enfermería (cap.7). Recuperado el 10 de Abril 2007, de <http://www.aibarra.org/Apuntes/Salud-Publica/DETERMINANTES/20AMBIENTALES/>
5. Bowlby, J. (1982). Los cuidados maternos y la salud Mental. (4ª ed.). Buenos Aires: Hvmánitas.
6. Ortigosa, J & Méndez, F. Hospitalización Infantil: Repercusiones psicológicas. Teoría y práctica. (2ª ed., pp. 19-29).España: Nueva Madrid.
7. Spitz R. El primer año de vida del niño. Madrid: Aguilar; 1970
8. Rojas A, Torres NE, Uribe M. El sentido y la construcción de lo subjetivo. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2000
9. Winnicott DW. Preocupación maternal primaria. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós, 1999.
10. Betancourt M, Liliana, Autismo, depresión anaclítica y prevención en salud mental infantilRevista Colombiana de Psiquiatría [en línea] 2009, 38 (Sin mes) : [Fecha de consulta: 10 de enero de 2016] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615448007>> ISSN 0034-7450



11. Sierra, P. (s.f.). Calidad de vida en el niño Hospitalizado. Revista de la Sociedad Colombiana de Pediatría. Recuperado el 20 de Mayo de http://encolombia.com/pediatria34299_actitudes29.htm
12. Davies DE: Parental suicide after the expected death of a child at home. BMJ 2006; 332: 647-8.
13. Piaget J: El lenguaje y el pensamiento en el niño. Barcelona, Ed. Paidós: 1967, p. 50-93
14. Meert KL, Eggly S, Pollack M, et al: Grieving the death of a child. Supporting health professionals who care for grieving patients may benefit all. BMJ 2006; 332: 794-5.
15. Varios Autores, APA (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. Washington: APA
16. Luthar, S.S. y Cushing, G. (1999). Measurement issues in the empirical study of resilience: An overview. En M.D. Glantz y J.L. Johnson (Eds.), Resilience and development. Positive adaptations (pp. 129-160) Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Press.
17. Rutter, Michael. La "Resiliencia": Consideraciones Conceptuales. Journal of adolescent Health. Vol 14, N° 8, Society for Adolescent Medicine, New York, 1993
18. Vinistendael, S. La Resiliencia: un concepto largo tiempo ignorado. En revista: La Infancia en el mundo. Vol 5 N°. 3 BICE., Montevideo, 1994 p.5
19. Garmezy, N (1994). Reflections and commentary on risk, resilience, and development, In R.J. Haggerty, L.R. Sherrod, N. Interventions (pp.1-18). Cambridge, England: Cambridge University Press
20. Fernández G. Paciente pediátrico Hospitalizado. Departamento de Psicología Médica. Área Materno Infantil. Facultad de Medicina. UDELAR. 2004. Disponible en: <http://www.dem.fmed.edu.uy/materno/ Disciplinas%20Asociadas/PACIENTE%20PEDIATRICO%20HOSPITALIZADO%20-%20Ps.%20Gabriela%20Fernandez.pdf>
21. Rothenberger A, Becker A, Erhart M, Wille N, Ravens S. The Bella Study Group. Psychometric properties of the parent strengths and difficulties



- questionnaire in the general population of German children and Adolescents: results of the Bella Study. *European Child Adolescent Psychiatry*. Supplement 1 17: 99-105. 2008. DOI 10.1007/s00787-008-1011-2
22. Mathai J, Jespersen S, Bourne A, Donegan T, Akinbiyi A, Gray K. Use of the Strengths and Difficulties Questionnaire in identifying emotional and behavioural problems in children of parents with a mental illness in Australia. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*. Volume 7, Issue 3. 2008.
23. Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Meltzer H. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*. 2000. 177, 534-539
24. Shojaei T, Wazana A, Pitrou I, Kovess V. The Strengths and Difficulties questionnaire: validation study in French school-aged children and cross-cultural comparison. *Social Psychiatry and Psych Epidemiology*. 2008. DOI: 10.1007/s00127-008-0489
25. Ramos C, Hércules J. Strengths and Difficulties questionnaire (SDQ): a study of schoolchildren in Riberão Preto. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2003. 25(3): 139-45
26. Quintero A. *Diccionario Especializado en familia y género*. Buenos Aires : Lumen, 2007.
27. Carro, C, Donos, I y Muela, A. *Sistemas Familiares: centros de protección de derechos*. Quito Ecuador : MIES INFA, 2010.
28. Servicio Jesuita a Refugiados y Migrantes del Ecuador. Percepciones de niños, niñas y adolescentes sobre el hecho migratorio en el Sistema Educativo Formal. Quito: SJRM, 2007. Disponible en: <http://www.sjrmecuador.org.ec/portal/files/Estudio%20Percepciones%20de%20NNA%20y%20migraci%C3%B3n.pdf>. Acceso 27- 11-2011.



29. Gordon, I y Feldema R. Synchrony in the triad: a microlevel process model of coparenting and parent- child interactions. *Fam, Proc*, 2008; 47: 465-479.
30. Sok SR, Shin SH. J Korean. Comparison of the factors influencing children's self-esteem between two parent families and single families. *Acad Nurs* 2010; 40(3): 367-77.
31. Torrente Ginesa, Ruiz José. Procesos familiares relacionados con la conducta antisocial de adolescentes en familias intactas y desestructuradas. *Apuntes de Psicología*, 2005; 23(1): 41-52.
32. Gómez F, Ponce E. Una propuesta para la interpretación de Family Apgar (versión en español). *ATEN FAM* 2010; 17 (4): 102- 106
33. Segovia, I. Instrumentos de Salud familiar: El Apgar familiar. Consorcio Universitario de Salud y Medicina Familiar. [En línea] [Citado el: 20 de diciembre de 2010.] http://trabajosocialudla.files.wordpress.com/2010/06/8-_apgar.pdf. Acceso 20-12- 2010.
34. Ortega, A, Fernández, A y Félix, O. Funcionamiento familiar. Su percepción por diferentes grupos generacionales y signos de alarma *Rev Cubana Med Gen Integr*, 2003; 19. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252003000400002&script=sci_arttext. Acceso 20-11-2010.
35. García R, De la Barra F. Hospitalización de niños y adolescentes. *Revista Médica. Área Académica de la Clínica Las Condes*. Vol. 16 N 4. 2005. Disponible en: http://www.clinicalascondes.com/area_academica/Revista_Medica_Octubre_2005/articulo_006.htm
36. López I. Alteraciones emocionales en la Hospitalización infantil: Análisis psico evolutivo. Tesis Doctoral. Universidad de Granada. 2011. Disponible en:



[http://www.apega.org/attachments/article/943/Alteraciones Emocionales Hospitalizacion infantil.pdf](http://www.apega.org/attachments/article/943/Alteraciones_Emocionales_Hospitalizacion_infantil.pdf)

37. Hernández E, Rabadàn J. La hospitalización: un paréntesis en la vida del niño. Atención educativa en población infantil hospitalizada. Revista Perspectiva Educacional. Issn. 0718-9729. Vol 52, N° 1, Enero 2013; Págs. 167-181. Disponible en:

<http://www.perspectivaeducacional.cl/index.php/peducacional/article/viewFile/117/67>



ANEXOS

ANEXO 1

Formulario No.....

Anexo 1. Formulario de recolección de datos

“TRASTORNOS CONDUCTUALES Y FACTORES ASOCIADOS EN NIÑOS/NIÑAS HOSPITALIZADOS DE EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA. HVCN. CUENCA. 2014

1.- SEXO

MASCULINO ()

FEMENINO ()

2.- EDAD EN MESES:

3. PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICO DE IMAGEN EFECTUADOS

SI ()

NO ()

CUAL_____

4. DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN: _____

5.-TIPO DE CUIDADOR:

MADRE ()

PADRE ()

FAMILIAR ()

OTRO ()

QUE PERSONA_____

8. PROBLEMAS EMOCIONALES PUNTAJE SDQ

ANORMAL ()

LIMITE ()

NORMAL ()



9. PROBLEMAS DE CONDUCTA PUNTAJE SDQ

ANORMAL ()

LIMITE ()

NORMAL ()

10. PROBLEMAS DE HIPERACTIVIDAD PUNTAJE SDQ

ANORMAL ()

LIMITE ()

NORMAL ()

11. CONDUCTA PROSOCIAL PUNTAJE SDQ

ANORMAL ()

LIMITE ()

NORMAL ()

12 TIPO DE FAMILIA:

NUCLEAR ()

MONOPARENTAL ()

EXTENDIDA ()

13 FUNCIONALIDAD FAMILIAR:

FUNCIONAL ()

DISFUNCIONAL ()



ANEXO 2:

CUESTIONARIO DE CAPACIDADES Y DIFICULTADES (SDQ-Cas) Formulario_____

Por favor ponga una cruz en el cuadro que ud cree que corresponde a cada preguntas: No es cierto, Seria de gran ayuda si respondiera a todas las preguntas lo mejor que pudiera, aunque no esté completamente seguro/a de la respuesta o le parezca una pregunta rara. Por favor responda a las preguntas en base al comportamiento del niño/niña durante el periodo que se encuentra hospitalizado.

		No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
1	Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas			
2	Es inquieto/a, hiperactivo/a no puede permanecer quieto por mucho tiempo			
3	Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o de náuseas			
4	Comparte frecuentemente con otros niños juguetes, lápices, etc.			
5	Frecuentemente tiene rabietas o mal genio			
6	Es más bien solitario y tiende a jugar solo			
7	Por lo general es obediente suele hacer lo que los adultos le piden			
8	Tiene muchas preocupaciones , a menudo parece inquieto o preocupado			
9	Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado o enfermo			
10	Esta continuamente moviéndose y es revoltoso			
11	Tiene por lo menos un buen amigo			
12	Pelea con frecuencia con otros niños o se mete con ellos			
13	Se siente a menudo infeliz, desanimado o lloroso			
14	Por lo general cae bien a los demás niños			
15	Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse			
16	Es nervioso o dependiente ante nuevas situaciones, fácilmente pierde la confianza			
17	Trata bien a los niños más pequeños			
18	A menudo miente o engaña			
19	Los otros niños se meten con él/ella o se burlan de él/ella			
20	A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños)			
21	Piensa las cosas antes de hacerlas			
22	Roba cosas en casa o en el hospital			
23	Se lleva mejor con adultos que con otros niños			
24	Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente			
25	Termina lo que empieza, tiene buena concentración			

Anexo 3

TEST DE APGAR FAMILIAR (Smilkstein)

	Casi siempre (2)	A veces (1)	Casi Nunca (0)
¿Estás satisfecha(o) con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes un problema?			
¿Conversan entre ustedes los problemas que tiene en la casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la familia?			
¿Los fines de semana son compartidos por todos en la casa?			
¿Sientes que tu familia te quiere?			
Puntaje total			

0 – 3 Puntos: Disfunción Familiar Severa

4 – 6 Puntos: Disfunción Familiar Moderada

7 – 10 Puntos: Familia Funcional.



Anexo 4.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“TRASTORNOS CONDUCTUALES EN NIÑOS/NIÑAS HOSPITALIZADOS DE EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA. HVCM. 1 DE ENERO DE 2014 A 1 DE ENERO DE 2015”

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES O REPRESENTANTES

Yo, _____ identificada con ____ No
_____ en calidad de _____ de
_____, en pleno uso de mis facultades
mentales, otorgo mi autorización al Médico Cesar Francisco Patiño Rocha,
postgradista de Pediatría, para el uso la información sobre mi familia y mi hijo/a
obtenida a través del diligenciamiento del APGAR familiar y el Cuestionario de
Habilidades y Dificultades SQD – Cas para el desarrollo del estudio “PREVALENCIA
DE TRASTORNOS CONDUCTUALES Y FACTORES ASOCIADOS EN LOS
NIÑOS/NIÑAS HOSPITALIZADOS DE EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA. HVCM.
CUENCA. 1 DE ENERO DE 2014 AI 1 DE ENERO DE 2015”

Se me ha explicado amplia y detalladamente que mi participación se limita
estrictamente al aporte de los datos en los instrumento y que mis datos y la
información de los cuestionarios será manejada con estricta confidencialidad y será
empleada únicamente para el desarrollo del estudio descrito el cual tiene como fin
mejorar la atención de los pacientes, certifico que se me ha explicado con claridad que
no tiene fines económicos.

Se me ha permitido realizar preguntas respecto al desarrollo del estudio, las cuales
han sido resueltas en su totalidad por los autores del estudio y/o colaboradores del
mismo, por tanto autorizo la divulgación de los resultados siempre y cuando no sean
divulgados mis datos personales ni los de mi hijo/hija.

Certifico que los espacios en blanco fueron llenados antes de mi firma y que otorgo
libremente mi consentimiento.

Firma o Huella Digital.....

Cl.....